

# Pathologisches Grübeln

**Tobias Teismann**  
**Thomas Ehring**

Fortschritte der  
Psychotherapie

 **hogrefe**

# **Pathologisches Grübeln**

**Fortschritte der Psychotherapie**  
**Band 74**

Pathologisches Grübeln

PD Dr. Tobias Teismann, Prof. Dr. Thomas Ehring

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Martin Hautzinger,  
Prof. Dr. Tania Lincoln, Prof. Dr. Jürgen Margraf,  
Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

Tobias Teismann  
Thomas Ehring

# Pathologisches Grübeln



**PD Dr. Tobias Teismann**, geb. 1975. Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). 2004–2012 Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der AE Klinische Psychologie und Psychotherapie Ruhr-Universität Bochum. 2009 Promotion. Seit 2012 Geschäftsführender Leiter des Zentrums für Psychotherapie (ZPT) an der Ruhr-Universität Bochum. Tätigkeit als Psychotherapeut und Supervisor. 2017 Habilitation.

**Prof. Dr. Thomas Ehring**, geb. 1973. Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). 2001–2004 Promotion am Institute of Psychiatry, King's College London (GB). 2004–2007 Wissenschaftlicher Assistent an der Universität Bielefeld. 2007–2012 Assistant Professor an der Universiteit van Amsterdam (NL). 2012–2015 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Seit 2015 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München sowie Leiter der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

#### **Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

Satz: Matthias Lenke, Weimar  
Format: PDF

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2748-5; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2748-6)

ISBN 978-3-8017-2748-2

<http://doi.org/10.1026/02748-000>

### **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

### **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Beschreibung</b> .....	<b>4</b>
1.1 Definitionen .....	4
1.2 Epidemiologie .....	5
1.3 Verlauf und Prognose .....	5
1.4 Differenzialdiagnose .....	6
1.5 Grübeln im Kontext verschiedener psychischer Störungen .....	9
1.6 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen .....	14
1.6.1 Response Styles Questionnaire .....	16
1.6.2 Post-Event Processing Questionnaire .....	17
1.6.3 Perseverative Thinking Questionnaire .....	17
1.6.4 Fragebogen zur dysfunktionalen und funktionalen Selbstaufmerksamkeit .....	18
<b>2 Störungstheorien und -modelle</b> .....	<b>18</b>
2.1 Response Styles-Theorie .....	18
2.2 Grübeln als mentale Gewohnheit .....	20
2.3 Grübeln als Vermeidungsverhalten .....	21
2.4 Modell der Verarbeitungsstile .....	24
2.5 Metakognitives Modell .....	26
2.6 Fazit .....	30
<b>3 Diagnostik und Indikation</b> .....	<b>31</b>
3.1 Allgemeine und störungsbezogene Diagnostik .....	31
3.2 Indikation .....	31
3.2.1 Störungsspezifische Indikation vor dem Hintergrund der Therapieforschung .....	32
3.2.2 Indikation vor dem Hintergrund der individuellen Fallkonzeption .....	32
3.3 Problemanalyse .....	34
3.3.1 Grübelfokussierte Verhaltensanalysen .....	35
3.3.1.1 Erster Überblick .....	35
3.3.1.2 Analyse spezifischer Grübelepisoden in der Sitzung .....	35
3.3.1.3 Vergleich von Grübelsituationen mit Ausnahmesituationen .....	38
3.3.1.4 Erfassung von Grübeln im Alltag .....	39
3.3.1.5 Individuelle Fallkonzeption .....	40
3.3.2 Entwicklung eines metakognitiven Fallkonzepts .....	41

<b>4</b>	<b>Behandlung</b> .....	<b>45</b>
4.1	Ruminationsfokussierte Kognitive Verhaltenstherapie (RFCBT) .....	46
4.1.1	Psychoedukation .....	48
4.1.2	Veränderung von Grübeln als mentale Gewohnheit .....	51
4.1.2.1	Veränderung auslösender Bedingungen .....	51
4.1.2.2	Entwicklung alternativer Wenn-Dann-Pläne .....	52
4.1.3	Veränderung des Verarbeitungsstils .....	55
4.1.3.1	Training in konkretem Denken .....	56
4.1.3.2	Andere Aspekte der Veränderung des Verarbeitungsstils .....	63
4.1.3.3	Rückfallprophylaxe .....	66
4.2	Metakognitive Therapie depressiven Grübelns (MCT) .....	66
4.2.1	Entwicklung eines metakognitiven Fallverständnisses und Psychoedukation .....	67
4.2.2	Aufmerksamkeitstraining .....	68
4.2.3	Modifikation negativer Metakognitionen .....	73
4.2.4	Losgelöste Achtsamkeit .....	75
4.2.5	Grübelaufschub .....	79
4.2.6	Modifikation positiver Metakognitionen .....	81
4.2.7	Neue Pläne für die kognitive Verarbeitung .....	85
4.3	Gegenüberstellung von MCT und RFCBT .....	86
4.4	Strategien zum Umgang mit Grübeln im Rahmen anderer Störungsbilder .....	89
<b>5</b>	<b>Wirksamkeit und Evaluation</b> .....	<b>91</b>
5.1	Ruminationsfokussierte Kognitive Verhaltenstherapie .....	91
5.2	Metakognitive Therapie .....	93
5.3	Weitere Verfahren .....	96
<b>6</b>	<b>Fallbeispiel</b> .....	<b>97</b>
<b>7</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>100</b>
<b>8</b>	<b>Anhang</b> .....	<b>105</b>
	Grübeltagebuch .....	105

## Karten

Entwicklung eines metakognitiven Fallkonzeptes

Concreteness-Training

Module der Attention Training Technique

Modifikation von Metakognitionen



# Einleitung

## Fallbeispiel: Frau R.

Frau R., eine 42-jährige städtische Angestellte, stellt sich mit einer depressiven Symptomatik in der Psychotherapieambulanz vor. Seit der Trennung von ihrem Partner vor vier Monaten fühle sie sich niedergeschlagen und antriebslos. Sie habe Schwierigkeiten, einzuschlafen, fühle sich permanent energielos und könne sich nur schlecht konzentrieren. Ständig würden ihre Gedanken um die Trennung kreisen. Ausgehend von der Frage, warum es zur Trennung gekommen ist, verstricke sie sich in zunehmend allgemeineren Gedanken: *Warum hatte ich noch nie eine längerfristige Beziehung? Warum tue ich mich immer so schwer in Beziehungen? Warum kann mich niemand richtig liebhaben?* Entsprechende Gedankenketten würden in Reaktion auf kleinste Anlässe einsetzen und könnten bis zu zwei Stunden anhalten. Es gehe ihr dann zunehmend schlechter und sie könne sich „mit nichts“ von diesen Gedanken ablenken. Zunächst habe sie noch die Hoffnung gehabt, dass die genaue Analyse der Trennung ihr zu mehr Einsicht verhelfen würde. Inzwischen habe sie „die Kontrolle über ihre Gedanken jedoch vollständig verloren“.

Habituelles Grübeln – im Englischen als Ruminaton (vom lateinischen ruminare = wiederkäuen) bezeichnet – galt lange Zeit als ein Symptom oder ein Epiphänomen negativer Stimmung. Der Tatsache, dass niedergeschlagene oder ängstliche Menschen zu wiederkehrendem Grübeln neigen, wurde entsprechend keine große Bedeutung beigemessen. Anfang der neunziger Jahre hat Susan Nolen-Hoeksema (1991) die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Prozess des Grübelns angestoßen. In einem weitreichenden Forschungsprogramm konnte sie zeigen, dass anhaltendes Grübeln nicht nur eine Begleiterscheinung negativer Stimmung ist, sondern vielmehr ein zentraler Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung, Intensivierung und Aufrechterhaltung depressiver Stimmungen und Störungen (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Ausgehend von diesen Befunden wurde die Bedeutung anhaltenden Grübelns im Kontext diverser anderer Störungsbilder untersucht und bestätigt. So ließ sich die exazerbierende Wirkung grüblerischer Denkprozesse bei Angststörungen (insbesondere der Sozialen Phobie), Posttraumatischen Belastungsstörungen, Schlaf-, Schmerz-, Ess- und Substanzstörungen dokumentieren. Dementsprechend wird Grübeln mittlerweile als ein störungsübergreifender

Ruminare =  
wiederkäuen

Trans-  
diagnostischer  
Prozess

Prozess verstanden, der für das Verständnis verschiedener psychischer Erkrankungen von zentraler Bedeutung ist.

Seit ungefähr zehn Jahren wird dem Grübeln auch in der Psychotherapie vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Verschiedene Gründe sprechen für den potenziellen Nutzen grübel-fokussierter Interventionen. Zum einen stellt Grübeln – wie erwähnt – einen Mechanismus dar, der zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beiträgt. Zum anderen ist Grübeln von störungsübergreifender Bedeutung und eignet sich daher als Fokus transdiagnostischer Interventionen bei komorbiden Problemkonstellationen. Schließlich erleben Betroffene selbst anhaltendes Grübeln häufig als sehr belastend und schwer zu kontrollieren, was zu einer hohen Veränderungsmotivation führt. Vor diesem Hintergrund machen verschiedene neue Entwicklungen im Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie das Grübeln zum zentralen Ansatzpunkt für therapeutische Veränderung. Wichtige Beispiele sind die *Metakognitive Therapie* (engl. *Metacognitive Therapy*, MCT) nach Adrian Wells (2011) und die *Ruminationsfokussierte Kognitive Verhaltenstherapie* (engl. *Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy*; RFCBT) nach Edward Watkins (2016). Beiden Ansätzen ist gemeinsam, dass weniger der *Inhalt* des Denkens im Fokus steht, als die *Art und Weise*, in der Personen über persönlich belastende Themen nachdenken. In der praktischen Umsetzung unterscheiden sich diese Therapieformen jedoch sehr deutlich voneinander, sodass sie im Folgenden getrennt beschrieben werden. Watkins (2016) versteht die RFCBT dabei als einen integrativen Ansatz, der in Kombination mit anderen Strategien und Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) eingesetzt werden kann und soll. Wells (2011) grenzt die MCT in aktuellen Publikationen hingegen deutlich von der klassischen KVT ab und hält die Kombination metakognitiver und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden für kontraindiziert.

Denkprozesse  
statt Denk-  
inhalte

Im Folgenden nehmen wir zunächst eine Begriffsbestimmung vor, bevor wir Daten zu Häufigkeit und Verlauf des Grübelns darstellen und Hinweise zur Fragebogendiagnostik grüblerischen Denkens geben. Es folgt eine Übersicht über verschiedene theoretische Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung habituellen Grübelns, bevor wir im dritten und vierten Kapitel ausführlich auf Strategien zur Exploration und Behandlung von Grübelprozessen eingehen. Dabei stellen wir sowohl das diagnostische und therapeutische Vorgehen im Rahmen der Ruminationsfokussierten Kognitiven Verhaltenstherapie (RFCBT) als auch das der Metakognitiven Therapie (MCT) vor. Beide Ansätze sind trotz der störungsübergreifenden Bedeutung von Grübelprozessen bislang vornehmlich für den Bereich der Depressionsbehandlung evaluiert worden. Entsprechend ist auch das vorliegende Buch stark auf die Behandlung von Depression ausgerichtet. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich sämtliche der beschriebenen Strategien und Methoden auch im Rahmen anderer Störungsbilder gewinnbringend einsetzen lassen.

Im Rahmen der gesamten Darstellung gehen wir davon aus, dass die Leserinnen und Leser mit klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien vertraut sind. Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf eine durchgängig geschlechtergerechte Sprache verzichtet. Die weibliche Form wird für Therapeutinnen verwendet und die männliche Form für Patienten – natürlich sind jeweils Frauen und Männer gemeint.

Bochum und München, März 2019

Tobias Teismann und  
Thomas Ehring

# 1 Beschreibung

## 1.1 Definitionen

Keine einheitliche Definition habituellen Grübelns verfügbar

Eine einheitliche, störungsübergreifend gebräuchliche Definition von Grübelprozessen existiert nicht. Vielmehr gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Definitionen, die auf verschiedenen Abstraktionsniveaus angesiedelt sind und die in unterschiedlich starkem Maß störungsspezifische Inhalte betonen.

Die sicherlich bekannteste Definition depressiven Grübelns stammt von Nolen-Hoeksema (1991). Sie charakterisiert depressives Grübeln bzw. *Rumination* als „Verhalten oder Gedanken, die die Aufmerksamkeit einer Person passiv auf ihre depressiven Symptome und auf die möglichen Ursachen, Implikationen und Konsequenzen dieser Symptome lenken“ (S. 569; Übersetzung durch die Autoren). Reagiert eine Person in ruminativer Weise auf ihre gedrückte Stimmung, so richtet sie ihre Aufmerksamkeit wiederholt auf das eigene Erleben und beschäftigt sich wiederkehrend mit Gedanken wie z. B. „Warum fühle ich mich so traurig?“ oder „Was ist los mit mir, dass ich mich so fühle?“. Auch wenn Nolen-Hoeksema (1991) somit eine inhaltliche Eingrenzung der Grübelthemen vornimmt, bezieht sich ihre Definition weniger auf Inhalte als auf prozessbezogene Aspekte. Konkret geht sie davon aus, dass die depressionsverstärkende Wirkung ruminativer Reaktionen auf den Denkstil und nicht auf die konkreten Inhalte des Denkens zurückzuführen ist. Gleichwohl wurde das sehr eng und stark inhaltlich gefasste Verständnis ruminativer Reaktionen in der Konzeption von Nolen-Hoeksema (1991) verschiedentlich kritisiert.

Repetitives negatives Denken

Mit Blick auf die Gemeinsamkeit von Grübel- und Sorgenprozessen im Rahmen unterschiedlichster Störungsbilder (vgl. Kap. 1.5) haben Ehring und Kollegen (2011) die folgende Arbeitsdefinition für das *Repetitive Negative Denken* vorgeschlagen:

Repetitives negatives Denken (...) meint eine Art des Nachdenkens über persönliche Probleme (aktuelle, vergangene oder zukünftige) oder negative Erfahrungen (vergangene oder erwartete), welche drei Kernmerkmale aufweist:

- (1a) das Denken wiederholt sich,
- (1b) es ist zumindest gelegentlich intrusiv und
- (1c) es ist schwierig, sich davon zu lösen.

Zwei zusätzliche Merkmale repetitiven negativen Denkens sind, dass (2) Betroffene es als unproduktiv empfinden und es (3) mentale Kapazität beansprucht. Wäh-

rend die Kernmerkmale den tatsächlichen Denkprozess darstellen, beziehen sich die beiden zusätzlichen Merkmale auf die wahrgenommene dysfunktionale Wirkung des repetitiven negativen Denkens. (S. 226; Übersetzung durch die Autoren)

Diese breit gefasste Definition verzichtet auf eine inhaltliche Eingrenzung repetitiver Denkprozesse und lässt sich daher gleichermaßen nutzen, um Grübelprozesse im Kontext von Depression, Angststörungen oder anderen Störungsbildern zu beschreiben. Der Definition liegt überdies das Verständnis zugrunde, dass Grübeln und Sich-Sorgen die gleichen Prozesscharakteristika aufweisen und sich nur in ihrer inhaltlichen Ausprägung voneinander unterscheiden (vgl. Kap. 1.4). Die beiden ausgewählten Definitionen liegen dem Großteil der im Folgenden beschriebenen Arbeiten zugrunde.

## 1.2 Epidemiologie

Epidemiologische Befunde zur Verbreitung grüblerischen Denkens liegen nicht vor. Dies liegt vor allem daran, dass es keine definierte Grenze zwischen „normalem“ und „pathologischem“ Grübeln gibt. Eine solche dimensionale Betrachtungsweise führt zwangsläufig dazu, dass Angaben zur Prävalenz ruminativen Denkens nicht sinnvoll sind, da sich das Prävalenzkonzept auf die Häufigkeit qualitativ abgrenzbarer Phänomene (z. B. psychische Störungen) bezieht. In vergleichenden Studien konnte allerdings sehr konsistent gezeigt werden, dass Frauen in stärkerem Maße zum Grübeln neigen als Männer. Dieser Geschlechterunterschied findet sich ab dem 12. Lebensjahr und ist in Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung besonders ausgeprägt, während er sich in Untersuchungen an klinischen Stichproben vielfach nicht bemerkbar macht.

Geschlechterunterschiede

Grundsätzlich zeigen Personen, die an einer psychischen Störung leiden, eine höhere Häufigkeit und Intensität des Grübelns als gesunde Kontrollpersonen. Zudem scheinen jüngere Menschen in stärkerem Maße zum Grübeln zu neigen als ältere Menschen: Nolen-Hoeksema (2006) berichtet von einer Untersuchung an 1300 Personen der Allgemeinbevölkerung, bei der sich 73 % der jungen Erwachsenen und 52 % der Erwachsenen mittleren Alters als habituelle Grübler identifizieren ließen.

## 1.3 Verlauf und Prognose

Grübeln lässt sich bereits bei Kindern beobachten. In der Adoleszenz kommt es jedoch zu einem nahezu linearen Anstieg der Grübelneigung. Diese Zunahme perseverierenden Denkens findet sich bei Mädchen ab dem 12. Lebensjahr und bei Jungen ab dem 14. Lebensjahr. Nolen-Hoeksema et al.

Anstieg in der Adoleszenz

(2007) konnten zeigen, dass es bei Mädchen in dieser Zeit zu einem wechselseitigen Aufschaukelungsprozess von habituellem Grübeln und depressiver Stimmung kommt, d. h. mehr Grübeln führt zu vermehrtem depressivem Erleben, welches wiederum vermehrtes Grübeln nach sich zieht.

Insgesamt liegen nur vereinzelte Untersuchungen zu Entwicklungsbedingungen eines ruminativen Reaktionsstils vor. In einer prospektiven Längsschnittuntersuchung von Gaté und Kollegen (2013) wurde die Interaktion zwischen Mutter-Kind-Dyaden während einer Laboraufgabe beobachtet. Diejenigen 10- bis 12-jährigen Mädchen, die während der Aufgabe nur wenig positive Verstärkung durch ihre Mutter erfuhren, hatten ein erhöhtes Risiko für depressive Symptome zweieinhalb bzw. vier Jahre später. Der Zusammenhang zwischen mütterlicher Bestätigung und depressiven Symptomen wurde dabei vollständig durch die Grübelneigung der Kinder vermittelt. Die entsprechenden Zusammenhänge zeigten sich allerdings nur bei Mädchen und nicht bei Jungen. Es lässt sich vermuten, dass fehlende positive Verstärkung insbesondere Mädchen anfällig werden lässt für passive Bewältigungsstrategien wie Grübeln. Ergebnisse einer Untersuchung von Cox et al. (2010) legen darüber hinaus nahe, dass Eltern einen grüblerischen Umgang mit schwierigen Erlebnissen auch unmittelbar anregen können. So zeigte sich in dieser prospektiven Untersuchung an Mutter-Kind-Dyaden, dass Mütter ihre Söhne weniger als ihre Töchter dazu anregen, nach einer Stresssituation auf die eigenen Gefühle zu fokussieren. Darüber hinaus fanden die Autoren, dass dieser geschlechtsbezogene Unterschied im mütterlichen Umgang mit negativen Erlebnissen den Zusammenhang zwischen weiblichem Geschlecht und vermehrtem Grübeln vier Jahre später vermittelt: Frauen entwickeln also möglicherweise deshalb eher als Männer einen grüblerischen Umgang mit dysphorischer Stimmung, da sie von ihren Müttern in stärkerem Maße zu einem selbstaufmerksamen Umgang mit schwierigen Erfahrungen angeregt werden. Schließlich ließ sich wiederholt zeigen, dass ein überbehütend-überkontrollierender Erziehungsstil der Eltern mit einer erhöhten Grübelneigung assoziiert ist.

Überbehütender/  
überkontrollierender  
Erziehungsstil  
der Eltern

Grübeln als  
Persönlichkeitsmerkmal

Hat sich ein grüblerischer Denkstil einmal etabliert, so erweist sich dieser als sehr konsistente Reaktionsbereitschaft auf depressive Stimmung. Dies bedeutet, dass habituelles Grübeln als Trait gesehen werden kann. Außerdem fanden sich beim Vergleich von eineiigen und zweieiigen Zwillingen Hinweise auf eine schwach bis mittelgradig ausgeprägte genetische Transmission der Grübelneigung.

## 1.4 Differenzialdiagnose

Ein dem Grübeln verwandtes Konstrukt stellt das Sich-Sorgen (engl.: *worry*) dar, welches vor allem im Rahmen von Untersuchungen zur Generalisierter Angststörung erforscht wurde. Darüber hinaus gilt es, Grübeln von intru-

siven Erinnerungen und Zwangsgedanken sowie Grübeln von hilfreichen Nachdenken zu unterscheiden.

*Sich-Sorgen.* Borkovec et al. (1998) definieren Sorgen als „eine Kette von Gedanken und Vorstellungen, die mit negativem Affekt einhergehen und als unkontrollierbar erlebt werden“ (S. 10; Übersetzung durch die Autoren). Der Sorgenprozess repräsentiert aus Sicht von Borkovec und Kollegen den Versuch einer mentalen Problemlösung, deren Ausgang unsicher ist, aber die Möglichkeit eines negativen Ausgangs beinhaltet.

Ruminations- und Sorgenmaße korrelieren signifikant miteinander und beide Prozesse sind gekennzeichnet durch repetitive, perseverative Gedankenschleifen, die einen hohen Selbstbezug aufweisen und einen negativen Inhalt haben. Im Rahmen von Angststörungen und Depression findet sich entsprechend eine gleichermaßen erhöhte Ruminations- wie auch Sorgenneigung. Beide Prozesse sind somit von transdiagnostischer Relevanz und sollten therapeutisch beachtet werden.

Unterschiede zwischen Grübel- und Sorgenprozessen finden sich v. a. in inhaltlicher Hinsicht: Während Sorgen sich auf Ereignisse beziehen, die in der Zukunft geschehen könnten („Was wäre, wenn ...?“), drehen sich Grübelgedanken v. a. um vergangene (bzw. bereits eingetretene) Ereignisse („Warum fühle ich mich so?“; „Warum passiert immer mir das?“).

Sorgen =  
Zukunfts-  
perspektive

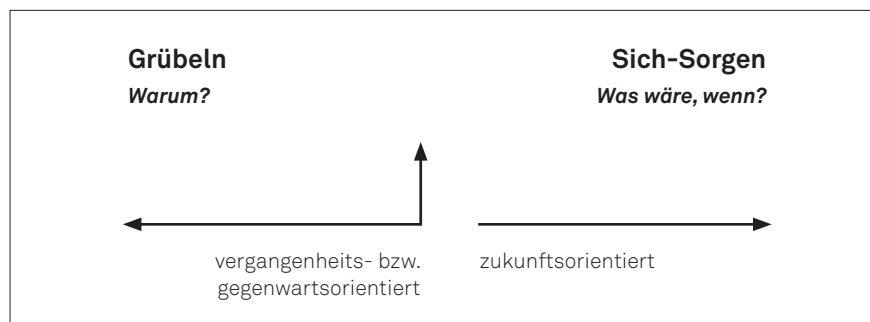


Abbildung 1: Grübeln vs. Sich-Sorgen

Sorgen beziehen sich auf die Auseinandersetzung mit drohenden Gefahren, während Grübeln eine analytische Zielsetzung verfolgt und sich damit beschäftigt, die Bedeutung von Situationen und Ereignissen zu erfassen (vgl. Abb. 1). Therapeutisch lassen sich Sorgen- und Grübelprozesse auf vergleichbare Weise angehen.

*Intrusive Erinnerungen.* Intrusive Erinnerungen (häufig kurz auch als *Intrusionen* bezeichnet) sind ein zentrales Merkmal der Posttraumatischen Belastungsstörung. Aber auch bei anderen Störungsbildern treten häufig intrusive

Erinnerungen an belastende Situationen auf, insbesondere bei Depression oder der Sozialen Phobie. Dies bedeutet, dass sowohl Grübeln als auch intrusive Erinnerungen transdiagnostische Prozesse sind, die im Rahmen verschiedener psychischer Störungen auftreten, sich jedoch phänomenologisch voneinander unterscheiden lassen. So bestehen intrusive Erinnerungen typischerweise aus sensorischen Eindrücken (Bildern, Geräuschen, Körperempfindungen), die von den Betroffenen wiedererlebt werden; Grübeln hingegen hat üblicherweise die Form von Gedankenketten. Ebenso dauern intrusive Erinnerungen in der Regel nur kurz (Sekunden bis Minuten), wohingegen Grübeln in der Regel einen längeren Zeitraum einnimmt (Minuten bis Stunden). Eine Unterscheidung zwischen diesen Prozessen erscheint sehr wichtig, da sie mit unterschiedlichen Interventionen bearbeitet werden. Dennoch ist eine Trennung in der Praxis manchmal nicht einfach, da Patienten nicht selten berichten, dass sie in Reaktion auf intrusive Erinnerungen grübeln, was wiederum die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass weitere Intrusionen auftreten und die beiden Phänomene sich in der Folge vermischen. Hier ist es bei der Exploration hilfreich zu erfragen, ob während der konkreten Episode repetitiven Denkens (1) ein *Wiedererleben* früherer Erlebnisse stattgefunden hat, bei dem intensive Bilder, Geräusche oder andere Sinnesempfindungen aufgetreten sind, die dem ursprünglichen Erleben ähnlich waren, (2) die Personen verbal *über* das Erlebnis, seine Ursachen, Folgen und Implikationen nachgedacht hat, oder (3) beide Aspekte im Wechsel aufgetreten sind.

Zwangs-  
gedanken=  
ich-dyston

*Zwangsgedanken.* Zwangsgedanken sind ein zentrales Merkmal der Zwangsstörung. Sie sind definiert als Gedanken, Vorstellungsbilder oder Handlungsimpulse, die sich den Betroffenen aufdrängen und die als unangemessen und angsteinflößend erlebt werden. Aufdringliche Zwangsgedanken werden von den Betroffenen in der Regel als ich-dyston erlebt („Ich weiß überhaupt nicht, warum ich immer wieder solche Gedanken habe.“). Personen, die zu depressivem Grübeln neigen, haben hingegen oft den Eindruck, dass das Grübeln zu ihnen gehört, Teil ihrer nachdenklichen Art ist, d.h. Grübeleien und Sorgen werden eher als ich-synton erlebt. Zudem entzünden sich depressive Grübelschleifen in der Regel nicht an Gedanken, die dem Betroffenen als abstoßend und abstrus erscheinen („*Ich könnte mein Kind erstechen.*“), sondern an Ideen, die ihnen traurig, aber realistisch erscheinen („*Ich bin ein Versager.*“). Ein weiterer Unterschied liegt darin, dass Zwangsgedanken Angst und Unbehagen hervorrufen und zu Versuchen führen, diese Gedanken zu unterdrücken und/oder durch Zwangshandlungen zu neutralisieren. Der Umgang mit Zwangsgedanken erfordert vor dem Hintergrund der vielfältigen Unterschiede eine andere therapeutische Herangehensweise als der Umgang mit anhaltendem Grübeln bzw. Sich-Sorgen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass Zwangsgedanken und Grübeln durchaus parallel auftreten können; so zeigte sich, dass Zwangspatienten sowohl von häufigen Zwangsgedanken berichten, als auch angeben, dass sie häufig grübeln.